



**GROUPE FORCE**  
AVANTAGES SOCIAUX INC.

8940 Boul. Pie IX, Montréal, QC, H1Z 4H9  
T : 514 352-6723 F : 514 352-6721 T : 1 855-34FORCE

**DEMANDE DE SOUMISSION**

## Information générale

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Nombre d'employés : \_\_\_\_\_  
 Nom du conseiller : \_\_\_\_\_  
 Nom du cabinet : \_\_\_\_\_  
 Commissions : \_\_\_\_\_ + "over ride" de Groupe Force

Nature de l'entreprise : \_\_\_\_\_  
 Nombre d'années en opération : \_\_\_\_\_  
 Le groupe est-il présentement assuré? : \_\_\_\_\_  
     Assureur? : \_\_\_\_\_  
     Depuis combien d'années? : \_\_\_\_\_  
 Date de renouvellement : \_\_\_\_\_  
 Le groupe est-il **assuré** en maladie? : \_\_\_\_\_  
 Est-ce qu'il y a des certificats présentement exclus du EP3? : \_\_\_\_\_

**Le certificat EP3 sera fourni lors de la mise en vigueur.**

**Tous les autres détails de la mise en commun et/ou la mutualisation sont indiquées dans le présent document.**

1. Avez-vous des employés contractuels ou saisonniers? : \_\_\_\_\_  
     Si oui, veuillez SVP préciser : \_\_\_\_\_
2. Est ce que 50% de vos employés sont de la même famille : \_\_\_\_\_  
     Si oui, veuillez SVP préciser les liens entre les personnes : \_\_\_\_\_
3. Les participants sont-ils couverts par la CSST? : \_\_\_\_\_  
     Si non, veuillez SVP préciser : \_\_\_\_\_
4. Avez-vous des employés absent du travail présentement? : \_\_\_\_\_  
     Si oui, veuillez SVP préciser les raisons des absences : \_\_\_\_\_
5. Avez-vous des employés en invalidité? : \_\_\_\_\_  
     Si oui, veuillez SVP compléter le tableau ici-bas

| Nom | Occupation | Date de départ | Nature de l'invalidité | Date de retour prévu | Exonération des primes |
|-----|------------|----------------|------------------------|----------------------|------------------------|
|     |            |                |                        |                      |                        |
|     |            |                |                        |                      |                        |



## Information financière

### Historique des taux

|                      |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|
| DATE DE RENOUELEMENT |  |  |  |
| Assurance vie        |  |  |  |
| Assurance DMA        |  |  |  |
| Assurance vie PAC    |  |  |  |
| ILD                  |  |  |  |
| Maladies graves      |  |  |  |
| ICD                  |  |  |  |
| Maladie              |  |  |  |
| Individuelle         |  |  |  |
| Familiiale           |  |  |  |
| Monoparental         |  |  |  |
| Couple               |  |  |  |
| Dentaire             |  |  |  |
| Individuelle         |  |  |  |
| Familiiale           |  |  |  |
| Monoparental         |  |  |  |
| Couple               |  |  |  |

### Historique des réclamations

#### ASSURANCE MALADIE

| Périodes | Primes payées | Réclamations payées* |
|----------|---------------|----------------------|
|          |               |                      |
|          |               |                      |
|          |               |                      |

Mise en commun et/ou mutualisation - \* Les montants sont exclus des réclamations payées

Seuil SCAMQ

Seuils de mise en commun

Expérience courante

Montant mutualisé et/ou mise en commun :

Expérience précédente

Montant mutualisé et/ou mise en commun :

#### ASSURANCE DENTAIRE

| Périodes | Primes payées | Réclamations payées |
|----------|---------------|---------------------|
|          |               |                     |
|          |               |                     |
|          |               |                     |

#### ASSURANCE ICD

| Périodes | Primes payées | Réclamations payées |
|----------|---------------|---------------------|
|          |               |                     |
|          |               |                     |
|          |               |                     |

# OPTIONS

IMPORTANT, veuillez SVP nous fournir le coût des options suivantes.

**Ne pas nous envoyer plusieurs soumissions, simplement l'impact ou le taux pour chacune des options séparément.**

|   |       |
|---|-------|
| 1 | _____ |
| 2 | _____ |
| 3 | _____ |
| 4 | _____ |
| 5 | _____ |
| 6 | _____ |



## Détails du régime

### Description des classes

Classe 1 :

Classe 2 :

Classe 3 :

Classe 4 :

### Description des divisions

Division 1 :

Division 2 :

Division 3 :

Division 4 :

# Garanties

## Assureur

## Classe

### Assurance-vie & Assurance Décès et Mutilation Accidentels

|                                    |  |  |  |
|------------------------------------|--|--|--|
| Montant                            |  |  |  |
| Maximum avec preuve d'assurabilité |  |  |  |
| Maximum sans preuve d'assurabilité |  |  |  |
| Minimum                            |  |  |  |
| Calendrier des réductions          |  |  |  |
| Terminaison                        |  |  |  |

### Personnes à charge

|          |  |  |  |
|----------|--|--|--|
| Conjoint |  |  |  |
| Enfant   |  |  |  |

### Maladies graves

|                                    |  |  |  |
|------------------------------------|--|--|--|
| Couverture - Salairés              |  |  |  |
| Maximum sans preuve d'assurabilité |  |  |  |
| Terminaison                        |  |  |  |

### Invalidité de courte durée

|                                    |  |  |  |
|------------------------------------|--|--|--|
| Prestation                         |  |  |  |
| Maximum avec preuve d'assurabilité |  |  |  |
| Maximum sans preuve d'assurabilité |  |  |  |
| Délai de carence                   |  |  |  |
| Blessure accidentelle              |  |  |  |
| Hospitalisation                    |  |  |  |
| Maladie                            |  |  |  |
| Période d'indemnisation            |  |  |  |
| Statut fiscal                      |  |  |  |
| Type de régime                     |  |  |  |
| Terminaison                        |  |  |  |

### Invalidité de longue durée

|                                    |  |  |  |
|------------------------------------|--|--|--|
| Prestation                         |  |  |  |
| Maximum avec preuve d'assurabilité |  |  |  |
| Maximum sans preuve d'assurabilité |  |  |  |
| Délai de carence                   |  |  |  |
| Période d'indemnisation            |  |  |  |
| Définition de l'invalidité         |  |  |  |
| Indexation                         |  |  |  |
| Statut fiscal                      |  |  |  |
| Terminaison                        |  |  |  |

\* Bien que ce sommaire ait été rédigé avec le plus grand soin, il est fourni à titre informatif. Le document légal est votre contrat et/ou brochure de l'assureur, veuillez vous y référer pour plus de détails.

## Garanties... suite

**Assureur**

**Classe**

**Assurance maladie**

**Franchises**

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Médicaments                             |  |  |  |
| Hopital, Hors Canada et soins de la vue |  |  |  |
| Autres soins médicaux                   |  |  |  |

**Médicaments**

|                   |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|
| Type de régime    |  |  |  |
| Ticket modérateur |  |  |  |
| Coassurance       |  |  |  |
| Couverture        |  |  |  |
| Vaccins           |  |  |  |

**Hospitalisation**

|             |  |  |  |
|-------------|--|--|--|
| Coassurance |  |  |  |
| Hôpital     |  |  |  |

**Services paramédicaux**

|                       |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|
| Coassurance           |  |  |  |
| Maximum annuel        |  |  |  |
| Maximum par visite    |  |  |  |
| Spécialistes couverts |  |  |  |

**Services & Articles médicaux**

|                          |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|
| Coassurance              |  |  |  |
| Frais de laboratoire     |  |  |  |
| Soins infirmiers         |  |  |  |
| Chaussures orthopédiques |  |  |  |
| Orthèses orthopédiques   |  |  |  |

**Soins de la vue**

|                       |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|
| Examen seulement      |  |  |  |
| Lunettes et lentilles |  |  |  |

**Assurance voyage**

|                                   |  |  |  |
|-----------------------------------|--|--|--|
| Coassurance                       |  |  |  |
| Assurance Médicale                |  |  |  |
| Annulation voyage                 |  |  |  |
| Assurance bagages                 |  |  |  |
| Durée de la protection            |  |  |  |
| Terminaison de l'assurance voyage |  |  |  |

**Services médicaux sur recommandation médicale**

|                              |  |  |  |
|------------------------------|--|--|--|
| Patients dirigés Hors Canada |  |  |  |
| Maximum                      |  |  |  |
| Terminaison                  |  |  |  |

\* Bien que ce sommaire ait été rédigé avec le plus grand soin, il est fourni à titre informatif. Le document légal est votre contrat et/ou brochure de l'assureur, veuillez vous y référer pour plus de détails.

## Garanties... suite

**Assureur**

**Classe**

**Assurance dentaire**

**Généralités**

|                  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|
| Type de régime   |  |  |  |
| Franchise        |  |  |  |
| Guide des tarifs |  |  |  |
| Examen de rappel |  |  |  |

**Catégories de soins dentaires**

|                       |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|
| Soins préventifs      |  |  |  |
| Soins de base         |  |  |  |
| Endodontie            |  |  |  |
| Parodontie            |  |  |  |
| Maximum combiné       |  |  |  |
| Soins majeurs         |  |  |  |
| Maximum Soins majeurs |  |  |  |
| Orthodontie           |  |  |  |
| Maximum Orthodontie   |  |  |  |
| Terminaison           |  |  |  |

\* Bien que ce sommaire ait été rédigé avec le plus grand soin, il est fourni à titre informatif. Le document légal est votre contrat et/ou brochure de l'assureur, veuillez vous y référer pour plus de détails.